

VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OBOLJELIH OD
BIPOLARNO AFEKTIVNOG POREMEĆAJA**

Završni rad br.20/SES/2018

Josip Pendelić

Bjelovar, lipanj 2018.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Pendelić Josip**

Datum: 21.03.2018.

Matični broj: 001257

JMBAG: 0314012162

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od bipolarno afektivnog poremećaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., predsjednik
2. Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor
3. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 20/SES/2018

Student će u radu prikazati proces zdravstvene njege bolesnika oboljelih od bipolarno afektivnog poremećaja sa posebnim osvrtom na sestrinske dijagnoze vezane uz navedenu temu.

U radu je potrebno objasniti etiologiju, epidemiologiju, kliničku sliku i liječenje bipolarno afektivnog poremećaja. Potrebno je opisati ulogu medicinske sestre u procesu liječenja navedenog poremećaja na sve tri razine zdravstvene zaštite - primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj.

Zadatak uručen: 21.03.2018.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.2 Povijest, epidemiologija i etiologija bipolarnog afektivnog poremećaja.....	2
1.3 Bipolorani afektivni poremećaj (BAP)	5
1.3.1 Poremećaji raspoloženja	6
1.3.2 Epizoda manije	7
1.3.3 Kriteriji i oblici za maničnu epizodu	8
1.3.4 Depresivna epizoda.....	9
1.3.5 Kriteriji za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja	11
1.3.6 Povratni depresivni poremećaj	13
1.3.7 Perzistirajući afektivni poremećaji	14
1.4 Diferencijalna dijagnoza.....	16
1.5 Liječenje poremećaja raspoloženja.....	16
2. Cilj rada	21
3. Metode.....	22
4. Proces zdravstvene njege manično-depresivnih osoba	23
4.1 Visok rizik od ozljeda	23
4.2 Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugima.....	25
4.3 Smanjena društvena interakcija.....	27
4.4 Nedjelotvorno individualno sučeljavanje sa stresorima	28
4.5 Prekinuti obiteljski odnosi.....	32
4.6 Smanjena mogućnost brige za sebe.....	34
4.7 Specifičnosti prijema i inicijalne obrade psihijatrijskog bolesnika.....	37
5. Rasprava.....	39
6. Zaključak.....	41
7. Literatura.....	42
8. Oznake i kratice.....	44
9. Sažetak	45
10. Summary	46

1. Uvod

Bipolarni afektivni poremećaj je bolest koja pogađa jedan posto današnjeg stanovništva, ali njena pojavnost je češća jer veliki broj, oko 75%, bolesnika se ne liječi. Broj oboljelih u današnjem društvu se sve više povećava. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) bipolarni afektivni poremećaj se svrstava u poremećaje raspoloženja koji su udruženi s promjenama razine opće aktivnosti. Većina simptoma tada je sekundarna ili lako razumljiva u vezi s promjenom raspoloženja ili aktivnosti. To su poremećaji koji su skloni ponavljanju, a početak pojedine epizode može biti povezan i sa stresnim događajima (1).

Poremećaji raspoloženja imaju zajednički simptom poremećenog emocionalnog stanja koje utječe na to kako osoba misli, ponaša se i doživljava svijet oko sebe. Iz toga razloga ključna je uloga pravilne sestrinske njege. Simptomi kod manične depresije su nagle i nepredvidljive promjene raspoloženja, a bolest se sastoji od dvije različite faze. Prva je manična faza u kojoj je osoba euforična, nagla, puna samopoštovanja, naviru joj misli. Druga faza je depresivna koja se očituje u potištenosti, inerciji, osamljenosti te nesanici (2).

Neophodna je pravilna i prilagođena medicinska njega oboljelih. Bipolarni afektivni poremećaj kompleksna je bolest koja mijenja život oboljelog, ali i utječe na njegove veze s bližnjima. Iz tih razloga skrb i njega medicinskih sestara prema oboljelima je neizmjereno važna. Ona utječe na pravilno liječenje bolesnika i na održavanje njegovih društvenih i socijalnih kontakata.

1.2 Povijest, epidemiologija i etiologija bipolarnog afektivnog poremećaja

Poremećaji raspoloženja su klinički entiteti kojima je zajednički simptom poremećeno emocionalno stanje koje utječe na to kako osoba misli, ponaša se i doživljava svijet oko sebe. Opisi manične depresije datiraju još iz prvih antičkih zapisa o medicini. Tako ju je već klasificirao Hipokrat, a Aretej iz Kapadokije je prvi opisao izmjene manično – depresivnih epizoda.

Glavno definiranje bolesti datira iz 15. stoljeća. Napisao ju je Celsus u svom djelu „O melankoliji“ gdje opisuje glavne simptome. Nakon toga u 17. stoljeću Rober Bulton piše „Anatomiju melankolije“ što postaje glavno djelo o maničnoj depresiji. Tijekom 19. stoljeća detaljnije su sve o maničnoj depresiji razradili Jean Falret koji je mijenjanje depresivnog i povišenog raspoloženja nazvao la folie circulaire. U istom stoljeću Karl Ludwig Kahlbaum opisao je različite stadije bolesti i nazvao ih je *cyclothymia* (2).

Dvadeseto stoljeće obilježilo je bolje poznavanje manično - depresivnih poremećaja. Emil Kraepelin je uveo naziv manično depresivna psihoza. Taj naziv označavao je depresiju, maniju, povratni depresivni poremećaj i ciklotimiju. Karl Abraham je postavio psihodinamski model nastanka bolesti. Taj model naglasak u etiologiji stavlja na emocionalnim gubitcima, a u kliničkoj slici na regresiji. Sigmund Freud se isto bavio proučavanjem manične depresije. Njegov doprinos boljem razumijevanju uzroka bolesti je da ne mora postojati samo psihogeni uzrok, već i biološki. Na temelju toga depresija se dijeli na endogenu, a to je ona izazvana gubitkom i egzogenu što obilježava biološku uvjetovanost. Takvo definiranje uzroka bolesti zahtijeva i primjenu različitih terapijskih postupaka. Prvenstveno psihoterapije te farmakoterapije (2). Aktualna i suvremena klasifikacija depresivnih poremećaja ukazuje na poremećaja raspoloženja u kojima nije važna prisutnost ili odsutnost precipitirajući čimbenika već postoje li neki od simptoma i znakova kao i njihova izraženost.

Etiologija manične depresije je kompleksna. Veliko značenje ima genetska komponenta, ali ona nije jedina koja određuje pojavu manije. Da ona nije jedini određujući faktor označava činjenica da kod jednojajčanih blizanaca ona se može pojaviti samo kod jednog, ali ne i kod oba. Neki stručnjaci skloni su isticanju drugih utjecaja na pojavu manije. Prije svega to su stresne situacije

te različite životne okolnosti kao ključni čimbenici za pojavu manije. Brojne biološke i psihosocijalne teorije su o tome što određuje poremećaje raspoloženja:

➤ Genetska predispozicija

Genetska podloga za razvoj poremećaja raspoloženja vidljiva je u povećanoj učestalosti poremećaja raspoloženja u nekim obiteljima. Epidemiološka istraživanja ukazuju na 2 do 3 puta veći rizik za obolijevanje od depresije u obiteljima gdje već ima depresivnih bolesnika.

➤ Poremećaj monoamina

Pojava promjena raspoloženja povezana je i s promjenama u metabolizmu. Te promjene se događaju kod pojedinih neurotransmitora, ali i u broju i osjetljivosti njihovih receptora. Važni su nalazi koji upućuju na uključenost serotoninergičnog, noradrenergičnog i dopaminergičnog sustava. Kod ove teorije ključno je da su neki neurotransmitorski sustavi uključeni u nastanak depresije. Primjer je smanjena koncentracija serotoninina u amigdalama koja je povezana s gubitkom zadovoljstva i osjećaja sreće. Također, poremećaj spavanja povezan je s promjenama koncentracije serotoninina u tijelima serotoninergičnih neurona i to u području centra za spavanje. Dok je pesimizam povezan s padom koncentracije serotoninina u prefrontalnom korteksu.

➤ Poremećaj cirkadijurnog ritma

Cirkadijurni ritam je endogeni 24-satni ciklus koji modulira biološke, fiziološke i ponašajne parametre. Ova teorija ukazuje na povezanost poremećaja ciklusa budnosti – spavanja kao poremećaja u cirkadijurnom ritmu. Kao još jedan razlog poremećaja cirkadijurnog ritma je i promjena raspoloženja kod depresivnih bolesnika koja se očituje u lošijem stanju ujutro, a boljem predvečerju.

➤ Endokrinološka teorija

Ova teorija uključuje povećanu koncentraciju kortizola, konačnog produkta aktivnosti osi hipotalamus-hipofize-nadbubrežne žlijezda, kao i povećano izlučivanje kortizola nakon primjene sintetičkog glukokortikoida deksametazona što oštećuje sustave koji upravljaju stresom.

➤ Kronični niskoaktivni upalni proces

Depresija je povezana s aktiviranjem sustava upalnog odgovora. Prema tom modelu ona se može smatrati psihoneurogenom imunosnom bolešću. To znači da je lučenje medijatora upale odgovorno za simptome, ali i neuroendokrine i neurokemijske promjene.

➤ Istraživanje gena

Između gena kandidata najviše se istražuje polimorfizam gena serotoniniskog prijenosnika (SERT ili 5-HTT) jer se radi o proteinu koji regulira aktivnost serotoniniskog sustava. On je ujedno i mjesto djelovanja većine antidepresivnih lijekova. Istraživanja su pokazale da razvoj i pojava depresije ne ovisi samo o genskoj predispoziciji već i o čimbenicima okoline.

➤ Neuroradiološki nalazi

Teorija je to koja uključuje slikovnim prikazima mozga istraživati anatomske i funkcionalne promjene u depresivnih bolesnika.

➤ Psihodinamiska teorija

Ova teorija uporište ima u istraživanjima Sigmunda Freuda koji tvrdi da je depresija posljedica žaljenja za gubitkom voljenog objekta. Depresija je prema njemu očajnički krik za ljubavlju, a manija je pokušaj obrane od depresije.

➤ Bihevioralna teorija

Definiranje depresije manjkom socijalnih vještina oboljelog.

➤ Kognitivna teorija

Dva su tvorca ove teorije. Prema Aronu Becku depresija je posljedica negativnog razmišljanja i konceptualizacije. Dok Martin Seligman uzroke traži u teoriji naučene bespomoćnosti koja se temelji na izloženosti neugodnim situacijama. Na te neugodne situacije se ne može utjecati, što dovodi do osjećaja bespomoćnosti.

➤ Teorija o stresnim događajima

Dokazano je da određeni stresni događaji utječu na pojavu depresije. Ako se pojedinac zna i može prilagoditi stresnom događaju psihički poremećaj se neće pojaviti, ali u suprotnom poremećaj se može pojaviti (2).

Poremećaji raspoloženja u suvremenom svijetu pripadaju najčešće zabilježenim bolestima kod ljudi. Primjetan je osjetni rast brojnosti oboljelih, a to se neće zaustaviti. Znanstvenici i liječnici procjenjuju da će se 2020. oboljeli od psihičkih bolesti naći na drugom mjestu odmah iza kardiovaskularnih (12). No, ovdje se uočava znatna razlika kod spolova. Depresija se u dvostruku više slučajeva događa ženama nego muškarcima. Procjene govore da je 19% žena oboljelo od depresije dok muškaraca samo 11%. Razlozi za to pronalaze se u hormonalnim razlikama koje se kod žena češće mijenjaju u jednom mjesecu što utječe na metabolizam, posebice na lučenje serotina. Kod istraživanja vezanih za pojavu bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP) nema određenih pravila kod koji se tipova ljudi oni češće javljaju. Ali opaža se češća pojava BAP-a kod bolesnika koji su u ranijoj životnoj dobi imali dijagnostiran hiperkintezni poremećaj i poremećaj ličnosti. Također i kod ljudi koji su tijekom odrasle dobi razvili sklonost alkoholu i drogi što znatno povećava pojavnost BAP-a. Navedena istraživanja ustvrdila su određene pomake i razlike u odnosu na spol, ali se ne uočava utjecaj različitih socioekonomskih i rasnih obilježja kao utjecaji na pojavnost manično depresivnog, odnosno bipolarnog afektivnog poremećaja (2).

1.3 Biplorani afektivni poremećaj (BAP)

Biplorani afektivni poremećaj je poremećaj kojeg karakterizira ponavljanje u barem dvije epizode u kojima su raspoloženje i razina bolesnikovih aktivnosti znatno poremećene. Navedeni se poremećaj u nekim prilikama sastoji od povišenja raspoloženja i povećane energije i aktivnosti koje se manifestiraju kao manija i hipomanija, a u drugim se prilikama odnosi na sniženo raspoloženje, smanjenu energiju i aktivnost, odnosno depresiju (1).

Manične epizode najčešće počinju naglo i traju između dva do četiri tjedna, ali i sve do pet mjeseci. Ipak najčešće utvrđeno prosječno trajanje je oko četiri mjeseca. Depresije imaju tendenciju da traju dulje. Prosječna duljina epizode depresije je oko šest mjeseci. No, praksa je

ukazala da se trajanje u manjem broju slučajeva produljuje na period od jedne godine. To nije slučaj kod starijih bolesnika. Manične i depresivne epizode češće se pojavljuju kod stresnih životnih događaja ili kada su potaknute drugom psihičkom traumom. Ipak prisutnost takvih stresnih čimbenika nije nužna za dijagnozu. Prva se epizoda može pojaviti u bilo kojoj dobi od razdoblja djetinjstva pa sve do starosti. Učestalost epizoda i obrazac remisija te pogoršanja vrlo su varijabilni. Remisije s vremenom postaju sve kraće, a depresije sve učestalije i dulje nakon srednje životne dobi (1).

Dijagnoza bipolarnog poremećaja raspoloženja prema MKB-10 postavlja se kada su postojale barem dvije epizode poremećaja raspoloženja između kojih je bilo uspostavljeno stanje potpune remisije. To znači da su trebale postojati epizode izmiješane između epizoda dvije manije ili hipomanije, ili depresije i manije te depresije i hipomanije (2).

Osim MKB-10 dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja (DSM-5) dijeli bipolarni poremećaj na tip I i II. U slučaju da je postojala barem jedna manična epizoda tada se radi se o tipu I. Bipolarni poremećaj raspoloženja tipa I može se pojaviti u bilo kojoj dobi života uključujući i početak u šezdesetim godinama života. Više od 90% osoba koje su imale jednu maničnu epizodu, kasnije u životu su imale ponavljajuće epizode koje su usko vezane uz raspoloženje. Oporavak se uspostavi kod dvije trećine bolesnika, a u oko jedne trećine bolesnika poremećaji u radnom i socijalnom funkcioniranju posljedica su kognitivnih poremećaja. S druge strane, bipolarni poremećaj tipa II je oblik u kojem se izmjenjuju hipomanične i depresivne faze (2).

1.3.1 Poremećaji raspoloženja

Bipolarni afektivni poremećaj poznat je stručnjacima kao psihičko oboljenje koje odlikuju ciklički skokovi između oduševljenja i očaja. Taj obrazac promijene raspoloženja različit je kod svakog bolesnika. Tako primjerice, neki mogu godinama imati normalan život bez izmjene maničnih i depresivnih faza, a neki imaju izmjene često tri ili četiri puta godišnje s fazama oporavka između napada. Postoje i primjeri kada se izmjene faza odvijaju i češće od navedenog. Uzroci su kompleksni kao što to prikazuje i ranije navedena etiologija (3).

1.3.2 Epizoda manije

Maničnu epizodu (F30) karakterizira trijas simptoma koji se sastoji od povišena raspoloženja, ubrzana govora i povećane motoričke aktivnosti. Svijest je u pravilu očuvana, ali vanjski izgled i držanje su upadljivi. Bolesnici se često naglašeno šminkaju, ekstravagantno oblače u žive boje i upadljivog su ponašanja. Raspoloženje je povišeno što znači da su bolesnici euforični, iznimno veseli te sretni. Njihovo je raspoloženje toliko upadljivo da se širi na osobe s kojima komuniciraju. Drugi bolesnici su u raspoloženju s velikim entuzijazmom i poduzimaju niz aktivnosti. Često su te aktivnosti bez granica i iz tog razloga uspostavljaju mnogobrojne socijalne kontakte. Iako se povišeno raspoloženje razvija u većini bolesnika moguće je da se dogodi i raspoloženje koje karakterizira nizak prag na frustracije, ratobornost te agresivno ponašanje.

Psihomotorika kod manične epizode je ubrzana i naglašena, s jako izraženim nemirom te nemogućnosti zadržavanja na jednom mjestu. Bolesnici razrađuju mnogobrojne planove i upuštaju se u razne aktivnosti. Tijekom manične epizode oboljeli se ne mogu opustiti i mirno sjediti, stalno su nečim zaokupljeni i planiraju različite aktivnosti. Aktivnosti koje poduzimaju su ekscesivne te stresne za osobe iz bliže okoline. Primjer takvih aktivnosti su nenajavljene posjete, telefonski pozivi tijekom noći, promiskuitetno ponašanje, ulaženje u razgovore s nepoznatim ljudima, putovanja, bezrazložno trošenje novca, opijanje te brza vožnja. Za takva svoja ponašanja oboljeli su nekritični i ne preuzimaju odgovornost. Mišljenje u maničnim epizodama je jako ubrzanog toka te dovodi do logoreje s bujicom ideja. Manični bolesnici govore brzo i glasno, ne može ih se prekinuti. Pričaju zabavne sadržaje, zabavni su, ali preokupirani nevažnim detaljima. U sadržaju kojeg iznose prisutne su ideje koje dovode do megalomanske sumanutosti. Primjerice, umišljaju si da imaju božanske moći te da su važne povijesne ličnosti. Njihov nastup može biti dramatičan u smislu da drže govore ili pjevaju. Bolesnici koji se ponašaju kako je ranije navedeno osjetljivi su na frustraciju te na nju reagiraju nasilnim ponašanjem. Pažnja je hipotenacitetna, odnosno ne mogu zadržati pažnju. Također je i hipervigilna što znači da stalno prebacuju pažnju s predmeta na predmet. Pažnju i koncentraciju im remete zvukovi, svjetlost, boje ili različiti znakovi iz okoline (2).

Poremećaji opažanja ne moraju biti prisutni, ali se pojavljuju halucinacije i iluzije. Volja je promijenjena u smislu hiperbulije. Bolesnici imaju dojam da su svemoćni, ali nijednu aktivnost ne mogu dovesti do kraja. Usprkos navedenim simptomima pamćenje i inteligencija su im

uglavnom očuvani. Nagoni su pojačani, osobito seksualni nagon zbog kojeg dolazi do promiskuitetnosti. Nadalje, skloni su nekontroliranom trošenju novaca, zaduživanju te posuđivanju novca. Također, zbog pretjerane ubrzanosti nedovoljno jedu što rezultira mršavljenjem. Oni su povećanog samopouzdanja, nekritični u odnosu na same sebe, imaju nebulozne ideje u vezi s vlastitom vrijednosti, vjeruju da su eksperti u područjima u kojima to nisu. Također, utvaraju si da imaju posebne odnose s moćnim ljudima primjerice iz političke i vjerske sfere. Uvid u bolest i kritičnost prema njoj izostaje te su nerijetko opasni za sebe i druge. Nemaju osjećaj bolesti i obično imaju stalan osjećaj dobrog raspoloženja što često uzrokuje da bolesnici ne prihvataju dijagnozu bolesti. Njihove vegetativne funkcije su zbog hiperaktivnosti pojačane, imaju ubrzan puls, pojačano znojenje te pojačanu izdržljivost. Simptomi se manifestiraju i tako da spavaju vrlo malo, od tri do četiri sata, a potom poduzimaju razne aktivnosti neprimjerene za noć kao što je usisavanje, telefoniranje, kuhanje i slično (2, 4).

1.3.3 Kriteriji i oblici za maničnu epizodu

Kako bi se dokazala manična epizoda nužno je utvrditi kriterije za maničnu epizodu. Neki od onih koji se koriste u praksi su prije svega je detekcija povišenog i razdražljivog raspoloženja koje kod bolesnika traje najmanje tjedan dana. Osim toga, tijekom razdoblja povišenog raspoloženja trebaju biti prisutna najmanje tri simptoma, a to su povećano samopouzdanje ili grandiozne ideje, zatim smanjena potreba za spavanjem i velika potreba za govorenjem. Uz sve navedene kriterije tu je i ubrzan tijek misli te bijeg ideja, ali i pažnja koja je povećane vigilonosti. U konačnici, bolesnici poduzimaju rizične aktivnosti poput nerazumnog trošenja novca, prebrze vožnje, a poremećaji drastično uzrokuju znatno oštećenje radnog i socijalnog funkcioniranja (2).

Nakon definiranja maničnih stanja i kriterija za njihovo definiranje nužno je utvrditi i različite oblike maničnih stanja. U narednim redcima biti će prikazana tri oblika maničnih stanja. Prvenstveno hipomanija, manija bez psihotičnih simptoma te manija s psihotičkim simptomima:

- Hipomanija (F30.0) je blaži oblik maničnog sindroma s trajnim blago povišenim raspoloženjem, aktivnostima i životnom energijom, ali koji ne dovodi do incidentnog ponašanja te prekida socijalnog funkcioniranja. Bolesnici s hipomanijom su naglašeno

druželjubivi, pričljivi te skloni nedistanciranom ponašanju. Promjene raspoloženja i ponašanja nisu udruženi s halucinacijama i sumanutostima (1).

- Manija bez psihotičnih simptoma (F30.1) obilježena je izrazito povišenim raspoloženjem koje je neprimjereno okolnostima. Ponašanje je nekontrolirano, a radno i socijalno funkcioniranje u društvo je bitno narušeno. Prisutni su samoprecjenjivanje, ali i ideje koje su megalomanske, pri čemu su bolesnici rastrošni i zadužuju se. Takvo nepromišljeno ponašanje obično cijelu obitelj dovede do ekonomske propasti što rezultira da bolesnik postaje štetan za svoju okolinu. Također, često stupaju u neprimjerene seksualne kontakte (1).
- Manija s psihotičnim simptomima (F30.2) karakterizira teža klinička slika nego kod manije bez psihotičnih simptoma. Pacijentovo samoprecjenjivanje i grandioznost dovode do sumanutih razina te su učestalo prisutne razdražljivost, agresija i progonstvene ideje. Sve to uzrokuje i poremećaje u redovitom uzimanju hrane i tekućine što rezultira ugrožavanjem vitalnog stanja. U tom se obliku rijetko mogu pojaviti i halucinacije (2).

1.3.4 Depresivna epizoda

Prvu depresivnu epizodu (F32) obilježavaju sniženo raspoloženje i gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti. Osim navedenih simptoma u depresiji se mogu pojaviti i mnogi drugi simptomi. Depresija može biti blaga (F32.0), srednje teška (F32.1), teška bez psihotičnih simptoma (F32.2) te teška s psihotičnim simptomima (F32.3) (1).

Kod depresivne epizode vanjski izgled oboljelog je često zapušten. Bolesnici su pognuta držanja, lice je tužno s borama i sa spuštenim kutovima usana. Obilježje depresivne epizode je da bolesnik lako zaplače, ali to nije pravilo kod svih. Raspoloženje je depresivno s bezrazložnom tugom, žalosti te pojačanim osjećajem beznađa i osjećajem niže vrijednosti. Obilježje je i strah od budućnosti, nezainteresiranost, nepostojanje inicijative te ih ništa ne može razveseliti. Ostali simptomi su anksioznost, osjećaj unutarnjeg nemira i napadaji panike. Psihomotorika može biti otkočena, to je tako zvana agitirana depresija u kojoj je bolesnik uznemiren, krši ruke, zapomaže i traži pomoć. Pojavljuje se usporenost bolesnika koji je nesposoban obavljati uobičajene dnevne aktivnosti i većinu dana provode sjedeći ili ležeći. Prilikom liječničkih pregleda oni sjede

spuštenih ramena bez spontanih pokreta te s oskudnom mimikom. Depresivna epizoda je stanje koje može završiti u depresivnom stuporu. Tijek misli u depresivnoj epizodi je obično usporeno s dugim pauzama i oskudnim asocijacijama. Bolesnici se teško koncentriraju, imaju osjećaj da više ne znaju obavljati svakodnevne poslove, primjerice kuhanje (2).

Izrazito su neodlučni te prilikom intervjua zbog izraženih kognitivnih tegoba doimaju se dementno, ali to je fenomen tzv. pseudodemencije u okviru depresije. U sadržaju mišljenja mogu biti prisutne izrazito depresivne ideje posebice o bezvrijednosti života, a teme smrti su ponekad pomiješane sa sumanutim idejama krivnje. Javljaju se i misli opće propasti, postaju hipohondrični te s nihilističkim idejama. Javljaju se i suicidalne misli koje dolaze u raznim oblicima. Jedan od primjera je kada bolesnici smrt zamišljaju kao sjedinjenje s osobom koju su voljeli, a koje je umrla. Prikrivena suicidalnost vidljiva je i kroz učestalo i u velikim količinama konzumiranje alkohola i tableta. Također, kao suicidalni simptom može se staviti i razmišljanje u koje se može definirati ideja o besmislenosti postojanja, ali i jasan suicidalni plan. Pažnja je hipovigilna te hipertenacetna za depresivne sadržaje. Halucinatorna doživljavanja u nepsihotičnoj depresiji nisu prisutna, ali u psihotičnoj depresiji javljaju se halucinacije koje su obično cenestetskog tipa. One su povezane s hipohondrijom i pojavom iluzija. Volja je promijenjena u smislu hipobulije do abulije koja dolazi zajedno s padom životne dinamike. Zbog toga oboljeli ovisne o drugima, što doprinosi osjećaju krivnje. Događaje iz prošlosti često negativno interpretiraju što pojačava depresivno stanje. Nagoni su sniženi, što je vidljivo u prisutnosti suicidalnih misli, nagona i planova. Libido je snižen. Osim toga, snižena je i potreba za hranom te dolazi do gubitka tjelesne mase. Ponekad su izraženi suprotni simptomi. Jedan od primjera je pojačan tek i dobitak na tjelesnoj masi. Uvid u bolest i kritičnost su naglašeni. Bolesnici su pretjerano kritični prema sebi. Znaju da su bolesni, ali imaju različita objašnjenja za svoju bolest. Osim navedenih simptoma važno je istaknuti da se vegetativne funkcije mijenjaju. Često su prisutne promjene srčanog ritma, palpitacije, opstipacija i suhoća usta. Bolovi se pojavljuju u različitim dijelovima tijela i bolesnik ih doživljava pretjerano. Primjer za to je podudarnost upalne podloge sa simptomima gripe, odnosno bolova u cijelom tijelu (2).

1.3.5 Kriteriji za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja

Kriteriji za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja prema MKB-10 uključuju tipične i druge simptome. Tipični simptomi su tako zvani A – simptomi koji se manifestiraju kao:

- Depresivno raspoloženje
- Gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima
- Smanjena životna energija (2)

Osim navedenih A – simptoma drugi su česti simptomi tako zvani B – simptomi i to su:

- Poremećaj spavanja
- Poremećaj teka
- Poremećaj koncentracije i pažnje
- Smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje
- Ideje krivnje i bezvrijednosti
- Pesimističan pogled na budućnost
- Ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu (2)

Osim navedenih A i B simptoma manifestiraju se i tjelesni simptomi koji čine tjelesni sindrom, a to je:

- Anhedonija - gubitak interesa ili zadovoljstva u aktivnostima koje su se ranije doživljavale ugodnima
- Nedostatak reakcije na uobičajeno ugodnu okolinu i događaje
- Rano buđenje i to dva ili više sati ranije nego uobičajeno
- Jutarnje pogoršanje depresije
- Psihomotorička usporenost ili nemir
- Gubitak teka koji se manifestira u znatnoj mjeri
- Gubitak tjelesne mase-minimalno 5% u posljednjih mjesec dana
- Smanjenje libida (2)

Depresivna epizoda, s obzirom na stupanj izraženosti simptoma, može biti blaga i to kada ima najmanje četiri simptoma. Zatim može biti umjerena što označava najmanje pet simptoma. Teška bez psihotičnih simptoma označava sedam simptoma te teška s psihotičnim simptomima gdje su uz zadovoljene kriterije za tešku epizodu prisutni i sumanutost, halucinacije ili depresivni stupor. U narednim opisima detaljnije se nalaze simptomi:

- Blaga depresivna epizoda (F32.0) kao najčešće simptome ima sniženo raspoloženje, osjećaj umora i nemogućnost doživljaja osjećaja zadovoljstva. Bolesnici takvim simptomima u blago depresivnoj epizodi imaju teškoće u radnom i socijalnom funkcioniranju, ali su ipak djelomično funkcionalni (1).
- Srednje teška depresivna epizoda (F32.1) pokazuje znatne teškoće u radu i socijalnom funkcioniranju te ne moraju se uvijek pokazati tjelesni simptomi. Bolest često ide s anksioznošću, pa uz to depresija može biti agitirana ili inhibirana. Može biti i bez izraženih motoričkih simptoma. Posebice u žena taj oblik bolesti može doći i u atipičnim simptomima kao što je pojačan tek i hipersomnija (1).
- Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F32.2) ima simptome jako sniženoga depresivnog raspoloženja, umora i depresivnih misli. Osim navedenih tu su i pojačane tjelesne tegobe i problemi sa spavanjem. Bolesnici doživljavaju izrazit gubitak radnih i socijalnih sposobnosti što ih dodatno izolira iz društvenog i socijalnog života (1).
- Teška depresivna epizoda s psihotičnim simptomima (F32.3), osim simptoma teške depresivne epizode s izrazitim sniženjem raspoloženja, prisutne su depresivne sumanute ideje krivnje, halucinacije, hipohondrijska doživljavanja tjelesnih simptoma koji se očitavaju u čestom osjećaju truleži i raspadanja. Bolesnik zbog simptoma razvija doživljaj teške tjelesne neizlječive bolesti (1).

1.3.6 Povratni depresivni poremećaj

Povratni depresivni poremećaj (F33) obilježavaju ponavljajuće epizode depresije bez maničnih epizoda. U taj su poremećaj uključene depresivne reakcije, psihogene depresije te reaktivne depresije sezonskoga depresivnog poremećaja. Dob pojavljivanja bolesti i izraženost simptoma vrlo su promjenjivi. Bolest obično započne kasnije nego bipolarni afektivni poremećaj. Epizode mogu trajati od tri mjeseca do godine dana, a zabilježeni prosjek je oko šest mjeseci i mogu spontano proći. S obzirom na težinu kliničke slike povratni depresivni poremećaj može biti blagi (F33.0), srednje teški (F33.1), ali i teški bez psihotičnih simptoma (F33.2). Osim toga može biti i teški s psihotičnim simptomima (F33.3) (1).

Dijagnosticiranje povratnog depresivnog poremećaja predstavlja problem liječnicama obiteljske medicine jer ne prepoznaju depresivni poremećaj, vjerojatno zato što bolesnici u prvom planu ne iznose sniženo raspoloženje, već tjelesne simptome koji čine tjelesni sindrom u okviru depresije. To je u općoj praksi jedan od osnovnih problema detektiranja povratnog depresivnog poremećaja. Bolesnici mogu iskazivati otpor da se emocionalni problemi rješavaju lijekovima jer razvijaju strah da će na lijekove razviti ovisnost. Za taj strah nema utemeljena razloga jer se antidepressivi ubrajaju u najučinkovitije lijekove koji ne stvaraju ovisnost. Upravo u ovakvim slučajevima pojavljuje se problem neliječenja depresije (5).

Neliječena depresija kao posljedicu ima velik morbiditet i mortalitet. Pravi problem predstavlja suicid koji je drugi vodeći uzrok smrti osoba u dobi između dvadesete i tridesetpete godine života, a u 50% njih uzrok je depresija. Depresija u komorbiditetu s tjelesnim bolestima kao što su kardiovaskularne, reumatske i endokrinološke znatno otežava oporavak od tjelesne bolesti ili kirurških zahvata. Često u takvim situacijama dolazi u komorbiditetu s ostalim psihijatrijskim poremećajima kao što su anksiozni poremećaji, alkoholizam, poremećaj ličnosti. Kod ovakvih slučajeva javlja se rizik da ponavljajuća depresivna bolest prijeđe u bipolarni afektivni poremećaj (5).

Dijagnoza sezonske depresije očituje se depresivnim raspoloženjem, smanjenom aktivnošću te letargijom, smanjenim libidom i atipičnim simptomima. Atipični simptomi su povećan tek i spavanje s pogoršanjem stanja u poslijepodnevnom vremenskom periodu. Simptomi se obično pojavljuju u jesen ili zimu, a nestaju u proljeće i ljeto. Bolesnici su rezistentni na antidepressive, a

dobro reagiraju na liječenje svjetlom. To je logično s obzirom na godišnja doba u kojima se simptomi smanjuju, odnosno nestaju. Dijagnosticiranje sezonske depresije je češće kod žena i to u 80% od ukupno oboljelih u odnosu na muškarce gdje je postotak samo 20% (5).

1.3.7 Perzistirajući afektivni poremećaji

Perzistirajući afektivni poremećaj (F34) obilježava trajni, obično fluktuirajući poremećaj raspoloženja, pri čemu se individualne epizode rijetko mogu opisati kao prave epizode poremećaja raspoloženja. Kod takvih poremećaja pojavljuje se problem jer nikad ne ispune kriterije za potpunu dijagnozu kao poremećaji raspoloženja. Ali su iz toga razloga teški za bolesnika jer traju cijeli život i mogu biti izvor trajnog stresa. Takav poremećaj je:

- Ciklotimija (F34.0) koju obilježava stalno nestabilno raspoloženje koje uključuje razdoblja vrlo blage depresije i povišena raspoloženja. Vidljiva je u ranoj odrasloj dobi, a nastavlja se tijekom cijelog života. Ponekad mogu uslijediti razdoblja stabilnog raspoloženja (1).

Dijagnozu je teško postaviti jer bolesnika treba dugo vremena pratiti. Razlog tomu su izmjene raspoloženja koje su blage. Bolest je teško detektirati i iz razloga što osobe s ciklotimijom rijetko posjećuju psihijatra. Neposjećivanje psihijatra bolesnici opravdavaju činjenicom da u razdobljima povišena raspoloženja funkcioniraju iznad očekivanja. Zbog blagosti depresije i povišenih stanja liječenje može uključivati stabilizatore raspoloženja samo ako je funkcioniranje bitno narušeno što u slučajevima ciklotimije nije pravilo.

- Distimija (F34.1) kao glavni simptom ima kronično depresivno raspoloženje koje nikad ili vrlo rijetko postaje dovoljno teško da ispuni kriterije za depresivni poremećaj blage ili umjerene težine. Ova vrsta perzistirajućeg afektivnog poremećaja traje najmanje nekoliko godina. Karakteristična je izmjenjena razdoblja normalnog raspoloženja koje traje nekoliko dana ili tjedana s depresivnim raspoloženjem koje traje većinu vremena (1).

Bolesnici oboljeli od distimije se često osjećaju umorno i ništa im ne donosi zadovoljstvo, a imaju i poremećen ritam spavanja. Njihovo socijalno funkcioniranje nije znatnije poremećeno kao ni obavljanje uobičajenih svakodnevnih zadataka. Konceptija distimije slična je konceptiji depresivne neuroze ili depresivnom poremećaju ličnosti. U DSM - 5 klasifikaciji spominje se

tzv. atipična depresija, a razlike između tipične i atipične depresije navedene su u tablici 1. Prema tome je li depresija samostalni poremećaj ili poremećaj u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja može biti unipolarna i bipolarna. Prema tome postoje li psihotični simptomi dijeli se na nepsihotičnu i psihotičnu. Također podjela je i prema uobičajenim simptomima depresije. Tada može biti tipična i netipična. Zbog faktora suicidalnosti dijelimo ju na suicidalnu i nesuicidalnu. Podjela se vrši i prema prvoj epizodi tada imamo prvu depresivnu epizodu i povratnu depresiju. U konačnici, poznajemo podjelu i prema načinu nastajanja, a tada može biti egzogena, odnosno reaktivna, endogena te simptomatska, odnosno organska (2).

Tablica 1. Razlike između tipične i atipične depresije

Simptomi	Atipična depresija	Depresija
Raspoloženje	Bolesnik je neraspoložen, ali se može na kratko oraspoložiti	Stalno sniženo raspoloženje
Tek	Povećan (glad za slatkim), porast tjelesne težine	Pomanjkanje teka, pad tjelesne težine
Spavanje	Hipersomnija, pospanost tijekom dana	Insomnija, s ranim jutarnjim buđenjem
Psihomotorika	Osjećaj težine u udovima („kao da su od olova“)	Psihomotorička agitacija ili retardacija
Doživljaj okoline	Pojačana osjetljivost u interpersonalnim kontaktima	Osjećaj krivnje
Dnevna varijacija	Moguće lošije osjećanje uvečer	Često lošije osjećanje ujutro

1.4 Diferencijalna dijagnoza

Osnovni problem kod diferencijalne dijagnoze je što početni stadiji depresije može biti početak demencije, a isto tako depresiju treba razlikovati od shizofrenije s negativnim simptomima, a psihotičnu depresiju od shizoafektivne psihoze prema stupnju regresivnog ponašanja i simptomima te deluzijama i halucinacijama. Posttraumatski stresni poremećaj, poremećaj prilagodbe i reakcije žalovanja, povezani su s egzogenim čimbenicima. Također, primjerice multipla skleroza je neurološka koja može uzrokovati i očitovati se u depresivnim sindromima. Endokrinološke bolesti poput hipotireoze također mogu izazvati poremećaje u ponašanju. Osim toga, mnogi lijekovi i zloupotreba psihoaktivnih tvari poput opijata i kokaina uzrokuju depresivni poremećaj (2). Sve navedeno predstavlja mogućnost diferencijalnih dijagnoza.

Maniju treba razlikovati od shizoafektivne psihoze, shizofrenije, morije (sindrom frontalnoga režnja), poremećaja ličnosti, poremećaja nagona, bolesti ovisnosti. Ponekad se manija u adolescentskoj dobi na početku ne prepozna. Tada dolazi do pogrešnog dijagnosticiranja shizofrenije ili poremećaja ličnosti. Također i BAP može imati diferencijalne dijagnoze. Tako bipolarni poremećaj tipa I s maničnom fazom treba razlikovati od bipolarnog poremećaja tipa II, ciklotimije, shizoafektivne psihoze, shizofrenije, stanja nastalih uporabom lijekova i zloupotrebom psihoaktivnih tvari. Bipolarni poremećaj tipa II treba razlikovati od drugih poremećaja raspoloženja. To su bipolarni poremećaj tipa I, ciklotimija, depresija, distimija. Također, dolaze u obzir i shizoafektivna psihoza, shizofrenija, poremećaji ličnosti (2).

1.5 Liječenje poremećaja raspoloženja

Liječenje manične depresije u današnje vrijeme najčešće se vrši kombinacijom liječenja litijem i psihoterapijom. Farmakološko liječenje je primarno, ali je važna i psihoterapija jer često bolesnici negiraju bolest. Kod liječenja važno je da se uključe i osobe koje su bliske s oboljelim jer potpora najbližih olakšava proces liječenja. Konvencionalno liječenje manične depresije lijekovima kao najčešći lijek koriste litijev karbonat. Česti su slučajevi kada liječnici moraju primjenjivati i druge lijekova, a neizbježno je da se na početku terapije eksperimentira s vrstom lijeka i njegovom količinom jer nemoguće je predvidjeti kako će pacijent reagirati na koji lijek (3). Osnovno pravilo prije početka liječenja svakog duševnog poremećaja je temeljiti zdravstveni

pregled, napraviti analize krvi i mokraće da bi se utvrdilo postoje li neki razlozi koji bi ograničili odabir liječenja. Posebno je važna analiza štitnjače zbog toga što hipertiroidizam, može sličiti maniji i to iz razloga što litij, osnovni lijek za maničnu depresiju, oslabljuje funkciju štitnjače (3).

Nerijetko liječenje hipomanije nije potrebno, osim ako simptomi napreduju, kao primjerice nesanica ili nekontrolirano ponašanje. Obično se propisuju antipsihotici treće generacije, a najčešće kvetiapin ili olanzapin. Oni se propisuju uz benzodiazepine ili stabilizatore raspoloženja, ali ne litij. Litij se obično ne propisuje u prvoj epizodi, već tek u slučaju jasno ponovljene epizode bolesti. Za liječenje manije ustaljenja je primjena litijevih soli ili drugih stabilizatora raspoloženja. Stabilizatori raspoloženja su natrijeva valproata ili karbamazepina. Oko 80% bolesnika može reagirati na takvo liječenje i bez primjene antipsihotika. No u slučajevima kada je bolesnik jako agitiran te nemiran dodaju se antipsihotici treće generacije i benzodijazepini. Osim navedenih kombinacija moguće je liječenje i samo antipsihoticima kao što je kvetiapin, olanzapin te klopazapin. U maniji s psihotičnim simptomima primjenjuju se antipsihotici. Ponekad se pripisuju za korištenje samo oni ili u kombinaciji s litijem. Antipsihotici se na početku mogu davati u intramuskularnom obliku. Ponekad je potrebno dodati drugi, pa i treći, stabilizator raspoloženja ili pak primijeniti benzodijazepine intramuskularno, intravenski ili u infuziji. U konačnici u najtežim oblicima pribjegava se primijeni elektrokonvulzivne terapije. Takav oblik liječenja bolesti obvezno je provoditi u bolničkim uvjetima (2).

Liječenje bipolarnog poremećaja započinje stabilizatorima raspoloženja, prvenstveno litijevim solima, a potom se mogu dodati i drugi stabilizatori raspoloženja. Primjenjuju se sami ili u kombinaciji s litijevim solima. Prema kliničkoj slici manije ili depresije, dodaju se antipsihotici ili antidepresivi. Dok se negdje prema potrebi prepisuje i upotreba benzodijazepina. Nakon što se bolesnik stabilizira u terapiji se ostavlja samo stabilizator raspoloženja. Liječenje manije u okviru bipolarnog poremećaja raspoloženja provodi se načelima liječenja prve manične epizode. Pri tome treba paziti da bolesnik ne prijeđe u depresivnu fazu. Potrebno je „zaustaviti“ te održati pozitivno raspoloženje (2).

Liječenje depresije u okviru bipolarnog poremećaja raspoloženja, provodi se sukladno načelima liječenja prve epizode depresivnog poremećaja s pravilom započinjanja liječenja stabilizatorom

raspoloženja. Naknadno se dodaju antidepresivi. Važno je biti oprezan da se bolesnika ne bi prebacilo u maničnu fazu, te zbog toga treba izbjegavati antidepresive koji svojim djelovanjem to mogu prouzročiti. Antidepresivi koji to mogu su primjerice triciklički antidepresivi te selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS-i). Bolesnici s bipolarnim poremećajem imaju problem da konstantno prekidaju i modificiraju terapiju. Nisu disciplinirani po pitanju liječenja te često konzumiraju alkohol ili psihoaktivna sredstva. To kao rezultat ima neuspješnost liječenja. Liječenje unipolarne depresije razlikuje se s obzirom na težinu depresivnog poremećaja. Također nužno je istaknuti da blaga depresija može proći spontano bez liječenja, ali ako su prisutni tjelesni simptomi treba dati antidepresiv. Uz psihofarmakološku podršku, ili bez nje, može se primijeniti psihoterapija. Posebice ako se ustanovi da su uzroci pacijentova oboljenja određeni problemi koji se razgovorom mogu riješiti. Najčešće se primjenjuju SIPPS-i u kombinaciji s benzodijazepinima i psihoterapijom. Primjenjuje se suportivna ili neka druga psihoterapijska metoda (2).

Liječenje umjereno teške depresivne epizode započinje se SIPSS-ima u kombinaciji s psihoterapijom i to analitičkom ili kognitivno bihevioralnom. Ako SIPSS-i nisu dostatni praksa je dodati antidepresive drugog mehanizma djelovanja ili se prelazi na dualne antidepresive. Osim toga u kombinaciji idu i anksiolitici, a ako se pokaže potreba i sedativni antipsihotici, osobito kod teže agitacije ili problema sa snom. Antidepresivi drugog i trećeg izbora jesu lijekovi koji djeluju na više neurotransmitorskih sustava, ali zbog toga imaju i opasnije nuspojave. U teškoj depresivnoj epizodi bez psihotičnih simptoma primjenjuju se SIPPS-i u kombinaciji s nekim noradrenergičnim ili dopaminnoradrenergičnim antidepresivom. Dobri rezultati se ostvaruju uz psihoterapiju i to analitičku ili kognitivno-bihevioralnu. Bez obzira na brojne kombinacije i mogućnosti liječenja brojke iz prakse upozoravaju da oko 30% bolesnika ne reagira na bilo kakav oblik liječenja. Tada je riječ o terapijski refraktornoj, odnosno rezistentnoj depresiji. Ponekad se pojačavanje djelovanja postiže stabilizatorom raspoloženja, lamotriginom, a u krajnjim slučajevima primjenjuje se elektrokonvulzivna terapija. Liječenje psihotične depresije provodi se na sličan način. Bolesniku se u pravilu daju antipsihotici, najbolje treće generacije, atipični antipsihotici. No, kod težih simptoma u obzir dolazi i primjena prve i druge generacije antipsihotika, a često se zbog augmentacije dodaju stabilizatori raspoloženja. Elektrokonvulzivna terapija je i u ovim slučajevima zadnji izbor i to ako je bolesnik visoko suicidalan ili ako postoji terapijski otpor na farmakoterapiju (2).

Osim ranije navedenih oblika liječenja farmakoterapijom postoji i psihoterapija koja se ponekad naziva „terapija riječima“ što je izraz za različite tehnike liječenja koje imaju za cilj pomoći osobi prepoznati i promijeniti uznemirujuće emocije, misli i ponašanje. Psihoterapijsko liječenje moraju obavljati licencirani i osposobljeni stručnjaci za mentalno zdravlje. Oblik psihoterapije zahtijeva od psihoterapeuta da radi sa svakim pacijentom pojedinačno ili sa više pacijenata u grupi (6). Bolesnik mora uzimati antidepresive duži vremenski period. U suprotnom ako se liječenje prekine u prvih šest mjeseci doći će do relapsa bolesti u 50 % bolesnik.

Osim navedenih vrsta liječenja postoji i psihosocijalna metoda liječenja što uključuje tendencije za poboljšanjem psihološkog i socijalnog funkcioniranja osobe, a dugoročno za cilj smanjenje ranjivosti osobe na depresiju i maniju. Psihosocijalni i psihoterapijski postupak uključuje: smanjenje inteziteta i pojave simptoma, smanjenje nepovoljnog utjecaja stresa, poboljšanje vještina nošenja sa stresom, smanjenje invalidnosti, povećanje kvalitete života, poboljšanje komunikacije što uključuje poboljšanje komunikacije u obitelji, povećanje suradnje u uzimanju lijekova, smanjenje negativnog učinka stigme na kvalitetu života, poticanje oporavka, smanjenje posljedica zlostavljanja, zanemarivanja i nepovoljnih modela privrženosti i prevenciju povratka depresije i manije (7).

Liječenje psihosocijalnom metodom, odnosno psihoterapijom i socioterapijom uključuje prvenstveno postavljanje valjane dijagnoze. Procjena uključuje istraživanje doprinosa bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika u pojavi bolesti. Procjena je važna za postavljanje dijagnoze, procjenu ozbiljnosti stanja, procjenu funkcioniranja i procijene rizika. Na temelju prikupljenih informacija, izrađuje se psihološka (NICE 2014) i psihosocijalna formulacija. Psihosocijalna metoda liječenja obuhvaća valjanu procjenu koja obuhvaća sve socijalne aspekte poput čimbenika i okolnosti u kojima osoba sada živi te stresnih događaja koji su prethodili dolasku na liječenje. Važan je uvid u osobni emocionalni razvoja bolesnika koji je utjecao na način kako se osoba osjeća, razmišlja i ponaša te na sadašnje i ranije razine funkcioniranja u svakodnevnom životu. Ključno je i prikupljanje podataka o bolestima u obitelji i tjelesnom stanju pacijenta i kapaciteta za adaptaciju (7).

Kod ovakvih tretmana nužno je primijeniti individualni pristup koji se prilagođava svakom pacijentu. Nakon procjene psihijatrijskog stanja i cjelokupnog zdravstvenog stanja u suradnji s pacijentom razvija se plan liječenja s različitim psihološkim i socijalnim pristupima. Jedan od

mogućih savjeta za liječenje je korištenje psihoterapije koja uključuje razgovore s psihoterapeutom i uključuje nekoliko tipova. Prvenstveno radi se o kognitivno-bihevioralnoj terapiji koja ukazuje na utjecaj pacijentova ponašanja na njegova psihička stanja. Drugi tip je interpersonalna terapija koje stavlja fokus na interakcije s ljudima i utjecaje interakcije s okolinom na psihička stanja pacijenta. Treći tip je primjenjiv kao terapija rješavanja problema (8) .

Također mogućnost liječenja depresije je i elektrokonvulzivna terapija (ECT) što znači da se terapijom elektrošokovima smanjuje jačina komunikacije između dijelova mozga koji upravljaju raspoloženjem i dijelovima mozga zaduženim za razmišljanjem i komunikaciju. Terapija elektrošokovima još uvijek je najučinkovitija metoda liječenja teške depresije te manične faze bipolarnog poremećaja. Provodi se u bolnici i potpuno je neškodljiva. Oboljelom se daju sredstva za opuštanje mišića i uvodi ga se u punu anesteziju. Nužno je da se postupak liječenje vodi u kontroliranim uvjetima (8).

2. Cilj rada

Cilj rada je objasniti primjere odgovarajućih sestrinskih intervencija kod pacijenata. Opisano će biti kroz konkretne primjere potreba pacijenata koji su oboljeli od manične depresije i njezinih oblika. Navedena će biti uspostava pravilnih sestrinskih dijagnoza, sestrinskih intervencija te objašnjenja zašto su one nužno takve. Rad ima za cilj poslužiti kao svojevrsni vodič postupanja za njegu i brigu o manično depresivnim pacijentima. U konačnici, cilj je utvrditi nezamjenjivu važnost djelovanja medicinskih sestara i tehničara u procesu liječenja i zdravstvene njege pacijenata oboljelih od manične depresije.

3. Metode

Metoda izrade ovog rada je na osnovi podataka iz stručne, recentne, znanstvene, domaće i inozemne medicinske literature o duševnim oboljenjima i pravilnoj zdravstvenoj skrbi duševnih bolesnika. Primjerima na koje se nailazi u praksi metodom deskripcije izneseni će biti pravilni načini ophođenja s pacijentima, ali i zaštite njihovih dobara i održavanja odnosa s obitelji. Metodom analize i kompilacije temeljem podataka iz stručne i znanstvene literature, te statističkih podataka, ali i ostalih javno dostupnih izvora informacija donose se relevantni podatci o manično depresivnom oboljenju te kompleksnosti dijagnoze i liječenja oboljelih.

4. Proces zdravstvene njege manično-depresivnih osoba

Prilikom provođenja procesa zdravstvene njege bipolarnih bolesnika bitno je provoditi načela u radu sa psihijatrijskim bolesnicima. Načela su temeljno polazište svih sestrinskih intervencija. Ona uključuju holistički pristup što bi značilo pristup svakom bolesniku u svim sastavnicama njegovog zdravlja (psihička, emocionalna, duhovna, fizička, intelektualna), poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića, očuvanje privatnosti i dostojanstva te bezuvjetno prihvaćanje. Nadalje vrlo bitne su i terapijska komunikacija koja se temelji na razvijanju odnosa povjerenja, uključivanje klijenta koje naglašava iskorištavanje pacijentovih potencijala u procesu oporavka i pomoć pri učinkovitoj prilagodbi na nove obrasce ponašanja koje zahtijeva stvaranje terapijskog okruženja.

4.1 Visok rizik od ozljeda

Zadatak medicinskih sestara je uz pomoć procesa zdravstvene njege osigurati kvalitetnu i brzu pomoć bolesnicima. To znači kvalitetno prikupljanje podataka i informacija koje su potrebne za adekvatni odabir pristupa i intervencije.

Faktori rizika su:

- Emocionalni, kognitivni i psihomotorni faktori
- Biokemijska/neurološka ravnoteža
- Iscrpljenost i dehidracija
- Ekstremna hiperaktivnost/fizička agitacija
- Agresivno reagiranje

Pokazatelji u kojima se očituje rizik

- Abrazije, modrice, porezotine od trčanja/padanja na predmete u okolini
- Ekstremna hiperaktivnost
- Oštećena prosudba (testiranje osjećaja stvarnosti, rizično ponašanje)
- Nedostatno uzimanje tekućine
- Nedostatak kontrole

Ciljevi zdravstvene njege:

- Pacijentov odgovor na lijekove će biti unutar terapijske razine djelovanja.
 - Pacijent će održati optimalno zdravlje u tijeku liječenja lijekovima i terapijskog režima
 - Pacijent će imati stabilan srčani status za vrijeme hospitalizacije.
 - Pacijent će piti 2dl tekućine svakog sata kroz dan za vrijeme akutne manične faze.
 - Pacijent će izbjeći padove i ogrebotine svakodnevno za vrijeme hospitalizacije.
 - Pacijent će izbjeći opasne razine hiperaktivnog motoričkog ponašanja uz pomoć lijekova i sestrinskih intervencija u prvih 24 sata.
 - Pacijent će provoditi vrijeme sa medicinskom sestrom u mirnom okruženju tri do četiri puta dnevno između 7:00h i 23:00h uz pomoć smjernica za njegu.
 - Pacijent će provoditi kratke dobrovoljne odmore tijekom dana.
 - Pacijent će biti oslobođen prekomjerne tjelesne agitacije i suvisle motoričke aktivnosti u roku od 2 tjedna.
 - Pacijent će izbjeći ozljede unutar 2 do 3 tjedna: stabilan srčani status, koža intaktna te zadovoljavajući unos tekućine.
- *Sestrinska intervencija:* Preusmjeravanje nasilnog ponašanja.

Objašnjenje: Tjelovježba može umanjiti napetost i pružiti fokus.

- *Sestrinska intervencija:* Osigurati strukturirane samostalne aktivnosti uz pomoć medicinske sestre ili pomoćnika.

Objašnjenje: Struktura pruža usmjerenost i sigurnost.

- *Sestrinska intervencija:* Osiguranje čestih perioda odmora.

Objašnjenje: Sprječava iscrpljenost pacijenta.

- *Sestrinska intervencija:* Osigurati česte unose kalorijskih tekućina (npr. voćni shake, mlijeko).

Objašnjenje: Sprječava rizik od ozbiljne dehidracije koja može biti uzrokovana pacijentovom povećanom aktivnošću.

- *Sestrinska intervencija:* Održavanje niskog nivoa podražaja iz okruženja (npr. glasni zvukovi, jaka svjetla).

Objašnjenje: Pomaže smanjiti eskalaciju anksioznosti.

- *Sestrinska intervencija:* Promatrati znakove trovanja litijem, metalom čiji se kation upotrebljava za liječenje bipolarnog poremećaja. Simptomi trovanja su mučnina, povraćanje, proljev, pospanost, slabost mišića, tremor, nedostatak koordinacije, zamagljen vid ili zujanje u ušima.

Objašnjenje: Važna je kontrola uzimanja litija kao lijeka jer određene doze imaju terapijski učinak, a s druge strane i mala prekomjernost može dovesti do toksičnog učinka.

- *Sestrinska intervencija:* Zaštititi pacijenta od darivanja novca i imovine. Dragocjenosti držati u bolničkom sefu sve dok se ne vrati pacijentova racionalna prosudba.

Objašnjenje: Pacijentova "velikodušnost" je manična obrana koja je u skladu sa iracionalnim, grandioznim razmišljanjem (9).

4.2 Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugima

Oboljeli od duševnih bolesti često pribjegavaju rizičnom ponašanju. To uključuje i nasilje prema sebi ili drugima u svojoj okolini. Postoji rizik za nasilje usmjereno prema sebi, ali i kada pojedinac pokazuje mogućnost za nasilje u vidu nanošenja fizičke i emocionalne štete, ali i seksualnog rizičnog ponašanja prema sebi i drugima.

- *Sestrinske intervencija:* Osigurati strukturirano okruženje, dosljedan pristup te biti ustrajan u očekivanjima.

Objašnjenje: Jasna i ustrajna ograničenja i očekivanja smanjuju potencijal pacijentove manipulacije nad drugim ljudima.

- *Sestrinske intervencija:* Preusmjeravanje agitiranosti i potencijalnog nasilnog ponašanja s fizičkim ispoljavanjem/oduškom u okruženju niske stimulacije (npr. boksačka vreća)

Objašnjenje: Može pomoći u rješavanju nakupljene netrpeljivosti, i ublažavanju mišićne napetosti.

- *Sestrinske intervencija:* Smanjenje podražaja okoline (npr. pružanjem umirujućeg okruženja ili dodjeljivanjem privatne sobe).

Objašnjenje: Pomaže smanjiti eskalaciju anksioznosti i maničnih simptoma

- *Sestrinska intervencija:* Obavijestiti djelatnike i sve koji se nalaze u okruženju bolesnika da u slučaju potencijalne opasnosti i eskalacije ponašanja kod bolesnika, moraju pribjegnuti izolaciji bolesnika. Tipični prioriteti intervencije bi bili prvenstveno čvrsto postavljanje granica, farmakološko obuzdavanje pacijenta te njegova izolacija.

Objašnjenje: Ako sestrinske intervencije (mirno okruženje i čvrsto postavljene granice) te farmakološko sputavanje (trankvilizatori, npr. Haloperidol (Haldol)) nisu pomogli ukloniti eskalirajuće manično ponašanje, premještanje pacijenta u privatnu, izoliranu sobu je neizbježno.

- *Sestrinska intervencija:* Kontinuirano i pravovaljano voditi sestrinsku dokumentaciju o ponašanju, intervencijama, faktorima koji dovode do eskalacije agitacije, faktorima koji su pomogli smanjenju agitacije. Dokumentacija o primjeni lijekova po potrebi i njihovih učinaka te sve ostale informacije koje bi mogle biti korisne.

Objašnjenje: Osoblje će početi prepoznavati potencijalne signale koji nagovještavaju mogućnost eskalacije maničnog ponašanja, te će koristiti smjernice koje najbolje odgovaraju za svakog pacijenta pojedinačno (9).

4.3 Smanjena društvena interakcija

Smanjena društvena interakcija označava stanje u kojem individua sudjeluje u nedovoljnoj ili pretjeranoj količini ili neučinkovitoj kvaliteti društvene razmjene. Ona može biti povezana s biokemijskom ravnotežom, poremećenim misaonim procesima te pretjeranom hiperaktivnošću i agitacijom.

Pokazatelji koji očituju rizik:

- Disfunkcionalna interakcija sa obitelji, vršnjacima i/ili drugima
- Obitelj izvješćuje o promjeni stila ili obrazaca interakcije
- Nemogućnost razvijanja zadovoljavajućih odnosa
- Povećanje maničnog ponašanja kada je bolesnik u okruženju visokog stimulansa (npr. grupe ljudi, jaka svjetlost, glasna muzika)
- Nametljiva i manipulativna ponašanja protive se drugim oblicima ponašanja
- Glasno, sramotno ili prijetee verbalno ponašanje
- Uočena neuspješna ponašanja u socijalnim interakcijama
- Loše održavanje pozornosti i poteškoće koncentracije na jednu stvar

Ciljevi zdravstvene njege:

- Pacijent će inicirati i održavati ciljane i međusobno zadovoljavajuće aktivnosti/verbalnu razmjenu sa drugima
- Pacijent će pronaći jednu ili više samostalnih aktivnosti koje mogu pomoći u smanjivanju napetosti i minimiziranju eskalacije anksioznosti uz pomoć sestre ili radnog terapeuta
- Pacijent će se usredotočiti na jednu aktivnost koja zahtijeva kratkoročnu pozornost na 5 minuta po tri puta dnevno uz pomoć medicinske sestre
- Pacijent će prosjediti kroz kratki sastanak male grupe bez ikakvih neodgovarajućih izljeva ponašanja

- Pacijent će pokazati sposobnost uklanjanja samoga sebe iz stimulirajuće okoline u svrhu "hlađenja"
- Pacijent će sudjelovati u grupnim aktivnostima bez remećenja i neprimjerenog ponašanja
- Pacijent će osjećaje sročiti u riječi, umjesto djelovanja kada doživljava nalet anksioznosti i gubitak kontrole

Sestrinske intervencije prilikom smanjene društvene aktivnosti:

- *Sestrinska intervencija:* Bolesnik će se pridružiti jednom ili dvojici bolesnika u nestimulirajućim aktivnostima (crtanje, društvene igre, kartanje) ako se stanje manije smanjuje.

Objašnjenje: Kako se manija povlači (stišava), uključivanje u aktivnosti koje pružaju fokus i društveni kontakt postaju prikladnije. Natjecateljske igre mogu stimulirati agresiju i povećati psihomotornu aktivnost stoga ih treba izbjegavati.

- *Sestrinska intervencija:* Kada je moguće, pružiti okruženje minimalne stimulacije (npr. tiha, lagana glazba, prigušeno svjetlo).

Objašnjenje: Smanjenje podražaja smanjuje distrakciju.

- *Sestrinska intervencija:* Samostalne aktivnosti koje zahtijevaju kratku pozornost s blagim fizičkim naporom su početno najbolje (npr. pisanje, fotografiranje, slikanje ili šetnje sa osobljem).

Objašnjenje: Samostalne aktivnosti smanjuju stimulanse; blage tjelesne aktivnosti konstruktivno oslobađaju napetost (9).

4.4 Nedjelotvorno individualno sučeljavanje sa stresorima

Nedjelotvorno individualno sučeljavanje, odnosno nemogućnost uspostave valjane procjene stresora, neadekvatan izbor uvježbanih odgovora ponašanja, i/ili nemogućnost korištenja dostupnih resursa.

Većina ljudi često se osjeća neugodno kada su zahtjevi ili pritisci nad njima veći od onoga sa čime se mogu nositi. To uključuje udio u stresorima i zahtjevima, od obiteljske, radne i

profesionalne odgovornosti do velikih životnih događaja poput razvoda, bolesti ili smrti najmilijih. Svatko se s vremena na vrijeme osjeća pod stresom. Međutim, način na koji se reagira na takve stresore ovisi dijelom o osobnim mehanizmima i resursima za suočavanje sa stresom. Uzimajući u obzir zdrave načine suočavanja i dobivanja odgovarajuće skrbi i podrške, problemi se mogu sagledati iz perspektive i pomoći stresnim osjećajima i simptomima da se smanje. Medicinske sestre, zajedno s pacijentima moraju prepoznati stres kako bi se došlo do najučinkovitijih, ali i odgovarajućih strategija koje najbolje odgovaraju za svakog pojedinačnog pacijenta.

Može biti povezano sa:

- Biokemijskim/neurološkim promjenama u mozgu
- Poremećaj u oslobađanju napetosti
- Neadekvatna razina percepcije vlastite kontrole
- Neučinkovite vještine (strategije) rješavanja problema

Pokazatelji koji očituju rizik:

- Promjene u uobičajenim obrascima komunikacije
- Destruktivno ponašanje usmjereno prema sebi i drugima
- Nasumično poklanjanje vrijednih stvari i ušteđevine, često potpunim strancima
- Nemogućnost rješavanja problema
- Nemogućnost zadovoljenja osnovnih potreba
- Nemogućnost traženja pomoći
- Prisutnost iluzija (veličine, progona)
- Izrazito loša prosudba u poslovnim i financijskim pregovorima

Ciljevi zdravstvene njege:

- Pacijent će izvijestiti o odsutnosti zabluda, bujica misli, i neodgovornih postupaka, kao rezultat redovitog i pravilnog uzimanja lijekova, te strukturirane okoline.
- Pacijent će se vratiti na pred kriznu razinu funkcioniranja, nakon šta prođe teška akutna manična faza.

- Pacijent će prekinuti korištenje manipulacije za zadovoljavanje vlastitih potreba, te kontrole nad drugima.
- Pacijent će pokazati odsutnost destruktivnog ponašanja prema sebi i drugima.
- Pacijent će biti zaštićen od donošenja velikih životnih odluka (pravne, poslovne, bračne) tijekom akutne ili teške manične faze.
- Pacijent će pozitivno reagirati na tehnike postavljanja granica uz pomoć lijekova tijekom akutne i teške manične faze.
- Pacijent će reagirati na izvanjske kontrole (medikacija, odvajanje, sestrinske intervencije) kada se pojavi potencijalan ili aktualan gubitak kontrole.
- Pacijent će zadržati dragocjenosti i druge stvari koje posjeduje za vrijeme hospitalizacije.
- Pacijent će pokazati smanjenje razine manipulativnog ponašanja.
- Pacijent će pokazati smanjenje u zahtijevanjima i provokativnom ponašanju.
- Pacijent će zatražiti nadležnu medicinsku pomoć i pravnu zaštitu, ukoliko dođe do potpisivanja bilo kakvih pravnih dokumenata u vezi sa osobnim i financijskim pitanjima, tijekom manične faze bolesti.

- *Sestrinska intervencija:* Procijeniti i prepoznati rane znakove manipulativnog ponašanja i intervenirati na odgovarajući način. Primjerice, provociranje zdravstvenog osoblja isticanjem mana i propusta te nastojanje izazivanja konflikta između članova osoblja (npr. "Vi ste puno zahvalniji u odnosu na vašu kolegicu, znate li samo što mi je rekla za vas? Ne bih ste mi vjerovali.") te okretanje jedne skupine u konflikt s drugom (dnevna protiv noćne smjene) i u konačnici agresivno zahtijevajući ponašanje koje može biti okidač ogorčenosti i frustracije kod osoblja.

Objašnjenje: Postavljanje granica je bitan korak u intervenciji nad oboljelima od bipolarnog poremećaja, osobito kada se pacijent upušta u manipulativna ponašanja. Dogovor između članova medicinskog osoblja o postavljenim granicama i dosljednosti poštivanja istih je neophodno ako se ograničenja žele provesti na učinkovit način.

- *Sestrinska intervencija:* Obratiti pažnju na znakove destruktivnog ponašanja usmjerenog prema sebi ili drugima. Intervenirati u ranim fazama eskalacije maničnog ponašanja.

Objašnjenje: Neprijateljsko verbalno ponašanje, loša kontrola impulzivnosti, provokativna ponašanja, i nasilno agresivno ponašanje prema drugim ljudima ili imovini su neki od simptoma ove bolesti i viđeni su u ekstremnoj i akutnoj maniji. Rano otkrivanje i interveniranje može spriječiti štetu pacijentu ili drugima u okruženju.

- *Sestrinska intervencija:* Održavanje čvrstog, smirenog i neutralnog pristupa u svakom trenutku i situaciji. To znači da treba izbjegavati svađanje s pacijentom, uključivanje u igre moći i dokazivanja te zbijanje šala i duhovite odgovore na pacijentovo veselo i duhovito raspoloženje.

Objašnjenje: Takvo ponašanje od strane osoblja može eskalirati u neželjeno ponašanje a time i posljedično maničnu aktivnost. Jednom kada je manični pacijent izvan kontrole, odvajanje u izolaciju će biti potrebno, što naposljetku može biti traumatično i za pacijenta, i za osoblje.

- *Sestrinska intervencija:* Sve dragocjenosti, kreditne kartice i veće sume novca poslati obitelji ili zadržati u bolničkom sefu do otpuštanja pacijenta.

Objašnjenje: Tijekom maničnih epizoda osobe imaju tendenciju poklanjanja dragocjenosti i novca nasumično, potpunim strancima, te se dovedu u stanje bankrota.

- *Sestrinska intervencija:* Pružiti pacijentu potrebnu bolničku pravnu službu kada i ako je uključen u sastavljanje i potpisivanje važnih pravnih dokumenata, tijekom akutne faze manije.

Objašnjenje: Rasuđivanje i percepcija stvarnosti su oštećeni tijekom akutne faze manije. Pacijentu je potreban pravni savjet, i zaštita protiv donošenja važnih odluka koje nisu u njegovom najboljem interesu.

- *Sestrinska intervencija:* Primijeniti lijekove za suzbijanje manije i trankvilizatore, po naputku liječnika, te procijeniti učinkovitost, toksičnost i nuspojave terapije.

Objašnjenje: Bipolarni poremećaj djelomično uzrokuje biokemijska/neurološka neravnoteža u mozgu. Odgovarajući lijekovi za suzbijanje manije omogućuju djelotvornost psihologijskih i sestrinskih intervencija (9).

4.5 Prekinuti obiteljski odnosi

Kao posljedica bolesti dolazi i do poremećenih odnosa u obiteljima. Naime, prekinuti obiteljski procesi i promjena u obiteljskim odnosima s obzirom na pacijentovo psihičko stanje rijetko kada funkcioniraju. Takva stanja mogu biti povezana s nepravilnim ponašanjem koje je izvan kontrole članova obitelji, koje ima potencijal za opasno i prijeteće ponašanje. Takvo ponašanje utječe na sve članove obitelji kao što je nasilje, upuštanje obitelji u gubitke i dugovanja, rizična ponašanja u vezama i na poslu, nevjernost prema partneru, nezaštićeni i promiskuitetni seksualni odnosi. Također, može uzrokovati promjenu roditeljske uloge, a rizično ponašanje se razvija i zbog nepridržavanja uputa uzimanja psihofarmakološke terapije i drugih lijekova. Nesklad i prekinuti odnosi u obitelji razvijaju se i promjenom zdravstvenog stanja člana obitelji koje se očituju u kriznim situacijama ili tranzicijama (npr. bolest, manična epizoda jednog člana obitelji).

Pokazatelji rizika:

- Promjena u obrascu komunikacije
- Promjene u razini odlučivanja u donošenju odluka
- Promjene u sudjelovanju u rješavanju problema
- Promjene u učinkovitosti izvršavanja dodijeljenih zadataka
- Nedostatak znanja o poremećaju od kojega boluju, potrebi pravilnog pridržavanja uzimanja lijekova i dostupnim sustavima podrške
- Obitelj u krizi
- Nemogućnost nošenja sa traumatičnim iskustvima i nemogućnost konstruktivnog rješavanja kriznih situacija

Ciljevi zdravstvene njege:

- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će razgovarati sa sestrom/savjetnikom o segmentima obiteljskog života koji su najviše poremećeni zbog bolesti te tražiti alternativne mogućnosti pomoći za pacijenta, zajedno sa sestrom/savjetnikom.

- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će imati zapisana imena i telefonske brojeve grupa koje su podrška oboljelima od bipolarnog poremećaja.
- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će izjaviti da su stekli potporu najmanje jedne grupe za podršku o tome kako postupati sa članom obitelji kada je u akutnoj fazi manije.
- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će navesti da razumiju važnost pravilnog uzimanja propisane terapije i bit će sposobni navesti prepoznati znakove koji indiciraju na moguću intervenciju kada raspoloženje člana obitelji eskalira.
- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će nakratko raspraviti i zapisati imena i adrese dvije organizacije za podršku oboljelima od bipolarnog poremećaja, dvije internetske stranice o toj temi i informacije o lijekovima koji se koriste u liječenju bipolarnog poremećaja.
- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će navesti da su pronašli traženu pomoć i informacije od grupa za podršku.
- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će moći identificirati znakove povećanja maničnog ponašanja kod člana obitelji.
- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu navode da znaju kako će reagirati (npr. koga nazvati, kuda ići) kada raspoloženje pacijenta počinje eskalirati do opasnih razina.
- Članovi obitelji ili netko tko je blizak pacijentu će pokazati razumijevanje onoga što je bipolarni poremećaj, lijekovi i važnost pridržavanja samog liječenja i terapije.
- *Sestrinska intervencija:* Tijekom prvog ili drugog dana hospitalizacije provesti dovoljno vremena s obitelji za identifikaciju njihovih potreba tijekom tog perioda. Primjerice, potreba za informacijama o bolesti, potreba za informacijama o litiju i drugim lijekovima za liječenje maničnog poremećaja (npr. potreba za pridržavanjem, nuspojave, toksični učinci). U konačnici i saznanja o grupama podrške oboljelih od bipolarnog poremećaja u obiteljskoj zajednici i kako im one mogu pomoći da prebrode krizne situacije.

Objašnjenje: To je bolest koja razara i uništava obitelji. Tijekom akutne manične epizode obitelj doživljava veliku količinu problema i zbunjenosti kada njihov član obitelji počne s bizarnim

ponašanjem, koje je izvan kontrole, ponekad i agresivno. Obitelj mora razumjeti bolest i šta sve može pomoći ili odmoći u kontroli bolesti i kome se uputiti za pomoć u rješavanju njihovih individualnih problema (9).

4.6 Smanjena mogućnost brige za sebe

Smanjena mogućnost brige za sebe očituje se u smanjenoj sposobnosti obavljanja kupanja i održavanja osnovne higijene, oblačenja, uređivanja, hranjenja i eliminacije. Smanjena mogućnost brige za sebe može biti povezana s nemogućnošću koncentracije na jednu po jednu stvar, odnosno sa maničnim uzbuđenjem. Također i sa perceptualnim ili kognitivnim oštećenjem, bujicom misli i kratkim vijekom pozornosti te teškom tjeskobom (9).

Smanjena mogućnost brige za sebe u svezi sa:

- Oblačenjem/dotjerivanjem
- Osobnom higijenom
- Hranjenjem
- Eliminacijom

a) Smanjena mogućnost brige za sebe u svezi sa oblačenjem/dotjerivanjem

Ciljevi zdravstvene njege:

- Pacijent će biti primjereno obučen
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti pomoć kada mu je potrebna
- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti
- Pacijent će prihvatiti pomoć druge osobe

Sestrinske intervencije:

- Osigurati privatnost
- Odjeću posložiti po redoslijedu oblačenja
- Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- Poticati pozitivan stav i želju za napredovanjem

b) Smanjena mogućnost brige za sebe u svezi sa osobnom higijenom

Ciljevi zdravstvene njege:

- Pacijent će biti čist, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati će se ugodno
- Pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno sa stupnjem samostalnosti
- Pacijent će znati objasniti i primijeniti načine za sigurno održavanje osobne higijene

Sestrinske intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta
- Definirati situacije kada pacijent treba pomoć
- Osigurati privatnost
- Biti uz pacijenta tijekom kupanja

c) Smanjena mogućnost brige za sebe u svezi sa hranjenjem

Ciljevi zdravstvene njege:

- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom hranjenja
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti pomoć tijekom hranjenja
- Pacijent će pokazati želju i interes za jelom
- Pacijent će samostalno uzimati hranu

Sestrinske intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta
- Osigurati mir tijekom konzumiranja obroka
- Osigurati hranu odgovarajuće temperature
- Omogućiti higijenu ruku pacijenta prije i nakon obroka

d) Smanjena mogućnost brige za sebe u svezi sa eliminacijom

Ciljevi zdravstvene njege:

- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom obavljanja eliminacije
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti i prihvatiti pomoć
- Pacijent će biti zadovoljan postignutim
- Pacijent će biti suh i uredan

Sestrinske intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti
- Dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju
- Biti u neposrednoj blizini pacijenta tijekom eliminacije
- Osigurati dovoljno vremena, ne požurivati pacijenta (9).

4.7 Specifičnosti prijema i inicijalne obrade psihijatrijskog bolesnika

Prijem psihijatrijskog bolesnika može biti redovan, a sama hospitalizacija dobrovoljna ili prisilna. Uobičajenim redovnim prijemom bolesnika smatra se kada je bolesnik upućen iz ambulate, poliklinike ili savjetovališta. Bolesnik koji je upućen od strane liječnika opće prakse mora proći pregled u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti, a nakon upisa u bolnicu u pratnji medicinske sestre ili medicinskog tehničara dolazi na odjel. Kod hitnog prijema se zbog posebnosti situacije zaobilazi administrativna procedura upisa u bolnicu s uputnicom, te se bolesnik nakon pregleda u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti zaprima na odjel. O stanju pacijenta ovisi kakva će vrsta hospitalizacije biti. Ako pacijent pristaje na liječenje govorimo o dobrovoljnoj hospitalizaciji, a ako ne onda o prisilnoj. S obzirom da bolesnici koji boluju od BAP-a nemaju uvid u realno stanje svoga zdravlja obično se radi o prisilnoj hospitalizaciji (10). Situacije koje zahtijevaju prisilnu hospitalizaciju bolesnika su one u kojima postoji vjerojatnost ugrožavanja samog pacijenta i njegove okoline.

Prisilna hospitalizacija regulirana je pravnim propisima, a to je „Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama“. Zbog prirode bolesti, duševni bolesnik često nema uvid svoje realno zdravstveno stanje. Najčešće ne shvaća da je bolestan i odbija liječenje. Upravo u slučajevima kada on zbog svoje bolesti svojim ponašanjem ugrožava sebe, svoju okolinu ili materijalna dobra pristupa se prisilnoj hospitalizaciji. Psihijatrijska ustanova u takvom slučaju dužna je u roku od 12 sati nakon prisilne hospitalizacije obavijestiti nadležni Županijski sud. Odluku o prisilnom zadržavanju donosi liječnik psihijatar. Sudac Županijskog suda i psihijatar iz druge ustanove koji vještači pacijenta dužni su u roku od 48 sati od primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju, prisilno zadržanu osobu posjetiti u bolnici i s njom, ako je to moguće, obaviti razgovor, pregledati dokumentaciju te izdati rješenje o opravdanosti prisilnog zadržavanja i trajanju. U slučaju da razlozi zbog kojih je pacijent prisilno hospitaliziran nestanu on može na vlastiti zahtjev biti otpušten. Praksa je pokazala da se najčešće događa da bolesnik prihvati nastavak liječenja. Kod prijema, bolesnik može biti uzbuđen, uplašen, agresivan, logoroičan, mutističan, pasivan, bezvoljan no može mirno prihvatiti hospitalizaciju (10). Važan postupak kod prisilne hospitalizacije je dokumentiranje svakog postupka kako bi se izbjegli bilo kakvi pravni i medicinski propusti.

Dolaskom na odjel medicinska sestra ili medicinski tehničar obavezni su pregledati pacijentove osobne stvari, oduzeti mu oštre predmete i lijekove. Dužnost medicinske sestre je i obavijestiti bolesnika da vrijedne stvari koje je posjedovao i dokumente vrati pratnji ili pohrani u sef u ambulanti. Sljedeći korak je ako stanje bolesnika dozvoljava okupati ga ili ga samo presvući u čistu odjeću. U slučaju otpora treba izbjeći prisilu i ostaviti mu vremena da se privikne na novu sredinu. Kod presvlačenja bolesnika treba obratiti pažnju na izgled i promjene na koži i vidljivim sluznicama. Posebice obratiti pažnju na moguće ubodne rane, ozljede, posjekotine, ogrebotine, modrice te stanje svijesti. Nakon obavljenog fizikalnog pregleda sve promjene potrebno je notirati u sestrinsku dokumentaciju na za to predviđeno mjesto. Medicinska sestra ili medicinski tehničar nakon toga smješta bolesnika u bolesničku sobu, upoznaje ga s drugim bolesnicima, predstavnikom sobe, kućnim redom te programom na odjelu. Pristup svakom bolesniku treba biti prilagođen njegovim potrebama i nužno je pridržavanje osnovnih načela sestrinske skrbi. Nakon što je bolesnik smješten u sobu obavlja razgovor s vodećim liječnikom koji mu dalje ordinira potrebnu terapiju te dijagnostičke i terapijske postupke. Duševni bolesnici mogu zbog svoje bolesti biti agresivni prema osoblju bolnice, ali i inventaru. Također ako su agresivni i prema drugim bolesnicima potrebno je bolesnika sputati radi njegove zaštite, zaštite drugih bolesnika i osoblja. Agitirani bolesnik može i dalje biti verbalno agresivan. Takvi slučajevi zahtijevaju stalno nadziranje takvog bolesnika, ali i primjenu psihofarmaka prema uputi liječnika, a nakon smirivanja, bolesnika je potrebno odfiksirati (11).

5. Rasprava

Oboljeli od manične depresije susreću se s brojnim poteškoćama. Bolest je to koja se svrstava u poremećaje raspoloženja. Problemi često nastaju kod samih pacijenata koji si teško mogu priznati i sami prepoznati da su oboljeli. Dodatan problem u Hrvatskoj predstavlja i nedovoljna edukacija o poremećajima raspoloženja. Faktor koji u Hrvatskoj utječe na otežano liječenje je tradicionalno društvo koje se prema osobama s psihičkim poremećajima odnosi često kroz izolaciju i neprihvatanje.

Olakotna okolnost za osobe koje su oboljele su institucije u kojima mogu potražiti pravovaljano medicinsku pomoć. U Hrvatskoj, prema popisu Hrvatskog psihijatrijskog društva djeluje šest zdravstvenih ustanova specijaliziranih za psihijatrijska liječenja. To su Klinički bolnički centar Rijeka - klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Zagreb - Klinika za psihijatriju, Klinička bolnica Osijek – klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Split - klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb - klinika za psihijatriju te Klinička bolnica Dubrava – odjel za psihijatriju. Osim navedenih klinika tu su i specijalizirane psihijatrijske bolnice: Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“, Psihijatrijska bolnica Lopača, Psihijatrijska bolnica Rab, Psihijatrijska bolnica Ugljan, Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež – Zagreb, Neuropsihijatrijska bolnica „Dr.Ivan Barbot“ – Popovača te Klinika za psihijatriju – Vrapče. Važno je napomenuti da na istim popisima osim Hrvatskog psihijatrijskog društva kao udruga koja je važna za brigu pacijenata s psihičkim poremećajima je i Hrvatsko psihijatrijsko društvo medicinskih sestara i tehničara. Ta činjenica pokazuje važnost medicinskih sestara i tehničara u pravilnom liječenju manično depresivnih osoba (12).

Aktivnosti Hrvatskog psihijatrijskog društva i stručnjaka koji se bave duševnim oboljenjima za cilj u Hrvatskoj imaju skidanje stigme s psihijatrijskog bolesnika i poboljšavanje njegove reintegracije u društvo. To znači da je osim pravilnog liječenja važno osigurati ne isključenost oboljelih iz društva. Veliki broj oboljelih često ima problema i sa samim priznavanjem bolesti, a kada se ona ustanovi važno je prema pravilima postupati kako bi se pravilno liječili. Upravo tu važnu ulogu imaju medicinske sestre i tehničari koji direktno u komunikaciji s bolesnikom mogu olakšati proces liječenja, ali i olakšati im povratak u zajednicu (12).

Neke od sestrinskih dijagnoza za manično depresivne osobe su rizik od ozljeda, rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugima, smanjenja društvena interakcija, nedjelotvorno individualno sučeljavanje sa stresorima, prekinuti obiteljski odnosi te smanjena mogućnost brige za sebe. Odgovarajuća sestrinska intervencija omogućuje ostvarivanje ciljeva zdravstvene njege što uključuje povratak u svakodnevnu rutinu koja je za oboljelog bila uobičajena prije pojave prve epizode manije ili depresije. Osim osobnog oporavka pacijenta sestrinske intervencije obuhvaćaju i normalizaciju odnosa u obitelji, ali i zaštitu dobara pacijenta.

Kompleksnost bipolarnog afektivnog poremećaja zahtijeva dodatan oprez u odnosu između pacijenta i medicinskih sestara. Pacijenti su osjetljivi na različite podražaje iz okoline te zbog bolesti ne vladaju svojim ponašanjem. Ne kontrola može dovesti do suicidalnih djela, ali i rizičnih ponašanja koja zahtijevaju hospitalizaciju bolesnika. Hrvatske institucije imaju razvijene sustave zaštite takvih pacijenata što olakšava posao medicinskim sestrama i liječnicima u hrvatskom zdravstvu.

6. Zaključak

Briga i zdravstvena njega medicinskih sestara koja se primjenjuje nad pacijentima oboljelim od manične depresije složen je i zahtijevan posao prepun odgovornosti. Prije svega, ova bolest, što je jasno vidljivo iz ovoga rada, izrazito je složena i kompleksna za detektirati, ali i utvrditi odgovarajuće liječenje. Bipolarni afektivni poremećaj pripada kategoriji duševnih poremećaja. Osim što utječe na pacijentovo zdravlje on narušava njegov društveni život te često uništava obiteljske veze. Bolest je kompleksna i to se vidi iz etiologije. Traženje uzroka obuhvaća široki spektar od genetike pa sve do utjecaja društvenih okolnosti i stresa na pojavu bolesti. Glavna karakteristika bolesti je izmjena maničnih i depresivnih faza. Na temelju koliko se često pojavljuju izmjene tih stanja te koji je njihov intenzitet utvrđuje se oblik bolesti. Liječenje se svodi na farmakološku primjenu lijekova uz psihoterapiju koja se ponekad naziva i „terapija riječima“. Kombinacija ove dvije metode se pokazala najučinkovitijom, ali postoje i drugi oblici liječenja. To su psihosocijalna metoda liječenja, socioterapija te ECT terapija.

Sve navedene kompleksnosti utječu i na profesionalni rad i potreban posebno prilagođeni odnos u ophođenju s bolesnicima kojima je dijagnosticiran bipolarni afektivni poremećaj. Navedeni su primjeri koja su to osjetljiva polja djelovanja prema takvim pacijentima. Tako sestrinske intervencije trebaju biti u skladu s oboljenjem, ali isto tako trebaju paziti na očuvanje digniteta oboljele osobe. Primjerice, prilikom oblačenja, vođenja brige o higijeni, ali isto tako i o pacijentovim materijalnim dobrima koja su često izložena rasipanju zbog neodgovornosti prema njima što je prouzrokovano bolešću. Također, slamanje društvenih veza u pacijentovom životu utječe i na njegov tijek oporavka stoga se medicinska sestra ili tehničar treba ovdje naći kao poveznik između pacijenta i obitelji. U svakom slučaju, osim odgovornosti za redovito uzimanje terapije i higijenu medicinske sestre sudjeluju i u prevenciji rizičnih ponašanja za bolesnika, ali i za bolničku okolinu u kojoj se pacijent nalazi.

7. Literatura

1. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) – deseta revizija. Drugo izdanje: Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo/Medicinska naklada: 2009.
2. Begić D. Jukić V. Medved V. Psihijatrija: Zagreb, Medicinska naklada, 2015.
3. <https://abeceda-zdravlja.com/mani%C4%8Dna-depresija> (06.svibanj 2018.)
4. Mihaljević Peleš A. Poremećaji raspoloženja- klasifikacije, diferencijalna dijagnoza i liječenje (online) : 2017. <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12381/Poremecaji-raspolozenja-klasifikacija-diferencijalna-dijagnoza-i-lijecenje.html> (06.svibanj 2018.)
5. Filaković P. Terapija depresija kod bolesnika s komorbidetom, Medicus 13/1. siječanj 2004. Zagreb, 59-67.
6. Psychotherapies (online)
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies/index.shtml> (06. svibnja 2018.)
7. Psihički poremećaji sa psihozom i shizofrenijom - Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo (online)
<http://www.psihijatrija.hr/site/wpcontent/uploads/2017/03/PSIHOSOCIJALNESMJERNICEPSIHOZA2.pdf> (19. svibanj 2018.)
8. Liječenje depresije – psihoterapija, antidepresivi i elektrokonvulzivna terapija (online)
https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/lijecenje_depresije (19.svibanj 2018.)
9. <https://nurseslabs.com/bipolar-disorders-nursing-care-plans/> (online) (19.svibanj 2018.)
10. Goreta M. Temeljni zakonski i stručni kriteriji za određivanje prisilnog zadržavanja i prisilnog bolničkog smještaja osoba s duševnim smetnjama, MEDIX br. 77, Supplement 1, lipanj 2008. 76.-80.
11. Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan Zagreb (online):
<http://www.pbsvi.hr/2016/04/01/biopsihosocijalni-aspekti-zdravstvene-njege-psihijatrijskih-bolesnika-kroz-sestrinsku-dokumentaciju-tecaj-iii-kategorije/> (06.svibanj 2018.)

12. Hrvatsko psihijatrijsko društvo (online): <http://www.psihijatrija.hr/site/?p=916> (25. svibanj 2018.)

8. Oznake i kratice

MKB-10 - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja)

9. Sažetak

Bipolarni afektivni poremećaj spada u današnjem svijetu u ozbiljne mentalne bolesti i sve veći broj osoba obolijeva. Osobe koje boluju od poremećaja prolaze kroz neobične promjene raspoloženja stoga im raspoloženje varira od velike sreće i povišenosti te aktivnosti, sve do jako tužnog i beznadnog raspoloženja i neaktivnosti, pa zatim ispočetka u krug. Često su normalnog raspoloženja u fazama između. Oboljelima od manične depresije često je teško priznati da su bolesni zato je važna odgovarajuća medicinska njega. Duševne bolesti kompleksne su jer obolijevaju osobe, a njihov društveni i socijalni statusi se ruše. Načini liječenja su raznovrsni, od lijekova, psihoterapije pa sve do elektrokonvulzivne terapije.

Često oboljelim osobama, posebice u Hrvatskoj, nije lako živjeti s bolesti. Društvena okolina ne prihvaća i ne odnosi se pravovaljano prema oboljelim. Izloženi su izolaciji i isključivanju iz društvenih odnosa. U Hrvatskoj se to pokušava regulirati preko promicanja integracije duševnih bolesnika u društvo putem različitih udruga, ali i specijaliziranih psihijatrijskih klinika i bolnica. Prostora za napredak ima, a važna je suradnja institucija, liječnika, medicinskih sestara i tehničara s oboljelim te njihovim obiteljima i bliskim osobama.

Nepravilno liječenje manične depresije ili odbijanje liječenja može kod oboljelih rezultirati i suicidom. Zato je jako važno da njega pacijenata oboljelih od manične depresije bude pravilna i usmjerena na ublažavanje simptoma. Uloga medicinskih sestara i tehničara kod hospitaliziranih pacijenata je ključna za njihovo ublažavanje simptoma i stavljanje bolesti pod kontrolu.

Primjeri iz prakse poput održavanja pacijentove higijene i nadzor uzimanja lijekova neki su od zadataka koje medicinske sestre obavljaju kod manično depresivnih pacijenata. Zbog kompleksnosti bolesti medicinske sestre u slučaju takvih pacijenta brinu i o materijalnim dobrima, očuvanju obiteljskih veza, ali paze i na sigurnost pacijenta i sprječavanje suicidalnih događaja. Medicinskim sestrama rad s manično depresivnim osobama olakšava pridržavanje propisanih pravila koja se nalaze u priručnicima.

Ključne riječi: Bipolarni afektivni poremećaj, manična – depresija, zdravstvena njega

10. Summary

Manic depressive disorders and bipolar disorder today represent a serious mental illness and an increasing number of people that is suffering from it. People suffering from disorder pass through unusual mood swings, so their mood varies from happiness and activity, all the way to very sad and hopeless mood and inactivity. Often there are normal mood in stages between. People with manic depression are often difficult to admit that they are sick, so it is important to have adequate medical care. Patients with mental illness have trouble with their social status which is disrupted.

It is not easy for people with manic-depressive disorders to live in Croatia, the social environment does not accept and it is not friendly to manic depressive patients. They are exposed to isolation and exclusion from social relations. Croatia is trying to regulate the promotion of integration mental patients into society. Big help is coming from specialized psychiatric clinics and hospitals and some associations.

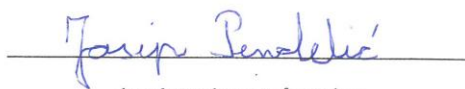
Incorrect treatment of manic depression or refusal of treatment may result in suicide in patients with illness. That's why it is very important for patients with manic depressive disorder to be in right medical attention. The role of nurses and technicians with hospitalized patients is crucial to underlying disease control.

Medical practices with manic depressive patient demand a hygiene maintenance and medication monitoring. Often nurses take care for safety of the patient and the prevention of suicidal events. Dealing with manic depressed patient is easier because of prescribed rules contained in the manuals.

Key words: Bipolar affective disorder, manic depression, health care

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

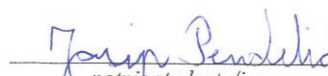
Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju


ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 26.6.2018.


potpis studenta/ice

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>26.6.2018.</u>	<u>Željko Benzelčić</u>	<u>Željko Benzelčić</u>